


特定医療（指定難病）療養費証明書 * 1か月ごとに作成してください。					
受給者	受給者番号			氏名	
給	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	性別	男・女
者	保険の種類：		自己負担割合：		割
医療機関分（明細） (年 月分) *医療機関が記入					
区分	診療実日数	診療日	公費対象点数	患者負担額	備考欄
入院医療費	日	日から 日まで	点 () 点	円 *高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は負担限度額を記載 高額現物給付制度適用（あり・なし）	
外来医療費	日	日から 日まで	点 () 点	円	
食事療養費 または 生活療養費	日	日から 日まで	(基準額) 円	円	*特定医療療養費（公費負担）の対象外（経過措置の対象者を除く）
指定難病（病名：)に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 平成 年 月 日 医療機関 所在地 名称 代表者名 (印)					
薬局分（明細） (年 月分) *薬局が記入					
区分	実調剤日数	診療日	公費対象点数	患者負担額	備考欄
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	点	円	
指定難病（病名：)に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 平成 年 月 日 薬局 所在地 名称 代表者名 (印)					
訪問看護ステーション分（明細） (年 月分) *訪問看護ステーションが記入					
区分	実訪問日数	訪問日	基準額	患者負担額	備考欄
訪問看護療養費	日	日から 日まで	円	円	
指定難病（病名：)に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 平成 年 月 日 訪問看護ステーション 所在地 名称 代表者名 (印)					

記入見本

様式第2号（その1）（医療保険適用分）

特定医療（指定難病）療養費証明書 *1か月ごとに作成してください。													
受給者番号	2	0	0	0	0	1	氏名	滋賀 びわ子					
生年月日	明・大・昭	平	26	年	6	月	26	日	性別	男・ 女			
保険の種類				国保				自己負担割合				3割	

1か月ごとに1枚ずつ作成してください。


医療機関分（明細）（平成27年 1月分） *医療機関が記入					
区分	診療実日数	診療日	公費対象点数 *（）内は該当月の総点数を記載のこと	患者負担額 *高額療養費現物給付制度適用で限度額を超える場合は負担限度額を記載 高額現物給付制度適用（あり・なし）	備考欄
入院医療費	20日	1日から 20日まで	12500点 （14500点）	43,500円	
外来医療費	3日	21日から 31日まで	2145点 （2145点）	6,440円	
食事療養費 または 生活療養費	15日	6日から 20日まで	（基準額） 37050円	11,700円	※1
指定難病（病名：パーキンソン病）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 平成27年 2月 14日					
医療機関	所在地	滋賀県大津市京町〇丁目〇番〇号			
	名称	△△△診療所			
	代表者名	院長 △村 △子 			

診療日は、受給者証の有効期間開始日以降から記載してください。

高額療養費支給対象の場合の公費負担額計算のため、（）内には該当月の総点数を記載してください。


患者負担額欄は、当該月の総点数に見合う支払い額を記載してください。

※1 食事療養費および生活療養費は、患者さんの負担になります。（経過措置の対象者を除く）

薬局分（明細）（ 年 月分） *薬局が記入					
区分	実調剤日数	診療日	公費対象点数	患者負担額	備考欄
院外処方による薬局分	日	日から 日まで	点	円	
指定難病（病名：）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日					
薬局	所在地				
	名称				
	代表者名				

院外処方により薬局が領収した場合は、その薬局が記入してください。

公費対象点数と自己負担割合から患者負担額が計算できるように記載してください。

訪問看護ステーション分（明細）（ 年 月分） *訪問看護ステーションが記入					
区分	実訪問日数	訪問日	基準額	患者負担額	備考欄
訪問看護療養費	日	日から 日まで	円	円	
指定難病（病名：）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。 年 月 日					
訪問看護ステーション	所在地				
	名称				
	代表者名				

必ず、特定医療費の対象医療分のみを記載してください。対象となった病名も必ずご記入ください。

患者負担額は、実際に領収した金額を記入してください。

（10円未満を四捨五入した場合は、四捨五入した金額を記載してください。）

公費対象点数と自己負担割合から患者負担額が計算できない場合は、必ずその理由を備考欄に記載してください。